

HOCHSCHULE MITTWEIDA

Fakultät Soziale Arbeit

Wintersemester 2013/2014

Bachelorarbeit

„Posttraumatische Belastungsstörung

nach Auslandseinsatz der Bundeswehr“

**(„Posttraumatic stress disorder after deployment abroad
of the German armed forces“)**

Eingereicht von: Jessica Winges

Matrikelnummer: 27587

Erstkorrektor: Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse

Zweitkorrektor: Prof. Dr. phil. Christoph Meyer

Bibliographische Beschreibung:

Winges, Jessica:

Posttraumatische Belastungsstörung nach Auslandseinsatz der Bundeswehr.

48 S.; Roßwein: Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2014

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei Soldaten in Folge von Auslandseinsätzen der Bundeswehr.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche, zur Klärung von verschiedenen Fragestellungen zum Thema Posttraumatische Belastungsstörung (Definition, Symptome, Auslöser, Behandlung) im Zusammenhang mit dem Beruf des Soldaten. Desweiteren befasst sich die Arbeit mit den Aufgaben der Bundeswehr zur Posttraumatischen Belastungsstörung.

Der erstellte Fragenkatalog, zur Arbeit eines Sozialarbeiters bei der Bundeswehr, sowie verwendete Interviews in Bild und Ton stellen keine empirische Untersuchung im Sinne einer Beweisführung dar, sondern sollen Fragestellungen und Probleme aus der wissenschaftlichen Literatur verdeutlichen, differenzieren und erweitern.

*„Obwohl der Mensch seit langem das Maß aller Dinge ist,
ist er dennoch eine zerbrechliche Kreatur mit Ängsten, Zweifeln und Schwächen,
zuweilen aber auch von großem Mut und Stärke.“*

(zitiert nach Hartmann in Tegtmeier 2011, S. 9)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Posttraumatische Belastungsstörung	5
a. DMS-V	7
b. ICD-10	8
c. Symptome	9
d. Stressoren/Auslöser	10
e. Diagnose	11
f. Behandlung	12
3. PTBS bei Soldaten	14
a. Der Einsatz als Auslöser	15
i. Körperliche und Geistige – Seelische Belastungen	15
b. Zahlen und Fakten	17
i. Wie viele SoldatInnen sind betroffen?/ Zusammenhang zum Einsatzort	18
ii. Dunkelziffer	19
c. Folgen	21
i. Für den Soldaten – Beruflich	22
ii. Für den Soldaten und seine Angehörigen – Privat	22
d. Fallbeispiele	23
4. Maßnahmen der Bundeswehr	27
a. Vor dem Einsatz (Prävention)	27
b. Im Einsatz (Verarbeitungsprozesse)	29
c. Nach dem Einsatz (Nachbereitung)	30
d. Behandlung durch die Bundeswehr bei aufgetretener PTBS	31
e. Ansprüche und Gesetzliche Regelungen	32
i. Einsatz-Weiterverwendungs-Gesetz (EinsatzWVG)	33
ii. Wehrdienstbeschädigung (WDB)	34
iii. Kritik	35
f. Hilfsangebote der Bundeswehr	36
i. Rolle des Sozialdienst	36
ii. Rolle des Militärseelsorgers	38
iii. Weitere Hilfen	38
Anlage – Fragenkatalog zum Thema	40
Literatur- und Quellenverzeichnis	44
Selbstständigkeitserklärung	48

1 Einleitung

Ein Job, ein Leben. Leben um zu dienen.

Seit den frühen 1990er Jahren sind jedes Jahr deutsche Soldaten im Auslandseinsatz. Im Mittelmeer und auf verschiedenen Seewegen, sowie quer über drei Kontinente gibt es derzeit zwölf Einsatzgebiete für verschiedene Friedensmissionen. (vgl. Gießmann/Wagner 2009, S. 3 und Bw.de)

Afghanistan, Kosovo, Kongo sind wohl die Bekanntesten. Derzeit sorgen ca. 4900 (Stand 19.12.2013, Bw.de) Soldaten in den verschiedenen Gebieten für die Sicherheit der Bevölkerung, die Stabilisierung des Systems, den Wiederaufbau zerstörter Einrichtungen und Dörfer, den Aufbau und die Ausbildung von Polizei und Armeen. Doch oftmals zu einem hohen Preis. Zum Preis der eigenen Gesundheit. Von den zurückkehrenden Soldaten ist ca. jeder Vierte durch die traumatischen Erlebnisse vor Ort, Gesehenes, Geschehenes und Getanes psychisch belastet. (vgl. Wittchen/Schönfeld 2011) Hier beginnt ihr eigentlicher Kampf. Der Kampf gegen das erlebte Trauma, gegen die Symptome der Erkrankung und die Folgen des Einsatzes. Angstzustände, Alpträume, Depressionen usw. verfolgen Soldaten bis in die Heimat. Dies kann in einigen Fällen zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen.

In der folgenden Arbeit möchte ich mich genauer mit dem Thema Posttraumatische Belastungsstörung nach solchen Auslandseinsätzen auseinandersetzen. Ich werde klären was genau eine Posttraumatische Belastungsstörung ist, welche Auslöser, Symptome und Folgen die Krankheit hat, wie sie behandelt wird und warum gerade Soldaten so oft betroffen sind.

Desweiteren möchte ich auf die Maßnahmen der Bundeswehr zur Prävention, zur Verarbeitung während des Einsatzes, Nachsorge und Behandlung von PTBS eingehen und klären, ob diese sinnvoll und ausgereift sind. Um den Rahmen zu schließen, werde ich am Ende meiner Arbeit die Rolle des Sozialar-

beiters beleuchten und seine Aufgaben im Umgang mit traumatisierten Soldaten klären.

Ein Interview bzw. eine geplante Befragung von betroffenen Soldaten blieb mir verwehrt. Die Kontaktaufnahme über verschiedene Soziale Netzwerke, Blogs und Plattformen erwies sich als schwierig und blieb ohne Ergebnis. Auch die Kontaktsuche zum Bundeswehrkrankenhaus Berlin, zum Bundeswehrkrankenhaus Hamburg und zum Sozialdienst der Bundeswehr blieb erfolglos. Nach einer Bürgeranfrage an das Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr, wurde mein Anliegen inklusive meines Fragekatalogs an den zuständigen Sozialarbeiter weiter geleitet. Die Beantwortung der Fragen fließen im Abschnitt – Rolle des Sozialdienst - mit ein. Hier ist zu erwähnen, dass die Antworten von Frau Jensen (Dipl. Soz.Arb.) sehr spezifisch auf ihre Tätigkeit im Bundeswehrkrankenhaus Berlin Psychotraumazentrum/Sektion Forschung bezogen sind.

Im Hauptteil meiner Arbeit werde ich vor allem bereits vorhandene Literatur und Quellen verwenden. Desweiteren werde ich versuchen, verschiedene Aussagen und Fakten, durch bereits vorhandene Interviews in Bild und Ton, sowie autobiografische Literatur, von betroffenen Soldaten, zu unterstreichen oder zu widerlegen.

In der nachfolgenden Arbeit habe ich mich, aus Gründen der Vereinfachung, für die männliche Form der Personenbezeichnungen entschieden. Selbstverständlich sind Personen jeglichen Geschlechts gleichermaßen eingeschlossen und angesprochen.

Für Begrifflichkeiten aus Gesetzen, Medizin und aus dem militärischen Sprachgebrauch, nutze ich in der Arbeit die üblichen Abkürzungen.

3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS, auch bekannt unter „Posttraumatisches Belastungssyndrom, Posttraumatische Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungserkrankung oder unter dem englischen Begriff Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)“ (Apotheken-Umschau.de) ist kein Phänomen der heutigen Zeit. Schon in der griechischen Antike gab es erste Beschreibungen von psychischen Reaktionen auf extreme Belastungen. In den folgenden Jahrhunderten tauchten immer wieder ähnliche Beschreibungen für Stressreaktionen auf. Das Da Costa-Syndrom, benannt nach seinem Entdecker, dem amerikanischen Chirurg Jacob Mendes Da Costa (1833-1900), zum Beispiel beschrieb schon 1871 die Folgen einer „erheblichen seelischen Traumatisierung“ von Soldaten die im amerikanischen Bürgerkrieg dienten. (vgl. Frommberger 2000, S. 11)

Die „erste[n] systematische[n] Beschreibungen der Symptome, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten, wurden am Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts anhand Überlebenden schwerer [Unglücke], Soldaten der beiden Weltkriege und Überlebenden des Holocausts vorgelegt.“ (Ehlers 1999, S. 2) Weitere wichtige Wegbereiter für die heutige Definition der PTBS sind unter anderem der Neurologe Hermann Oppenheim (1857-1919), der Psychiater Pierre Janet (1859-1947) und der Psychiater Abraham Kardiner (1891-1981). (vgl. Tegtmeier 2011, S. 73-78)

Lange wurde daran gezweifelt, dass ein traumatisches Erlebnis „die wesentliche Ursache für die Symptome darstellt“. Viel mehr hielten einige Experten „organische Faktoren für entscheidend“, andere warfen den Betroffenen die Simulation der Symptome vor, um daraus Vorteile zu erzielen. Im Allgemeinen war man der Auffassung, dass nur labile Persönlichkeiten oder Patienten mit Geisteskrankheiten chronische Symptome, einer PTBS entwickelten. (vgl. Ehlers 1999, S. 2f) Angesichts der Vielzahl und Intensität von neurotischen Symptomen nach den beiden Weltkriegen konnte man die Annahme Neurosen seien ein Resultat der Phantasie jedoch nicht mehr aufrecht erhalten. (vgl. Fromm-

berger 2000, S. 12) Heute weiß man, „dass auch Personen mit stabiler Persönlichkeit klinisch bedeutsame psychische Symptome entwickeln [...]“ und nach einem erlebten Trauma an einer PTBS erkranken können. (vgl. Ehlers 1999, S. 3)

„Was genau bei einem PTBS passiert [und] warum es dabei zu typischen Symptomen kommt, wird noch erforscht.“ Es wird angenommen, „dass das Gehirn das traumatische Erlebnis in irgendeiner Form fehlerhaft – quasi in unsortierten Bruchstücken – abspeichert. Das Ereignis kann daher nicht erfolgreich verarbeitet und in die eigene Biografie eingeordnet werden.“ (Apotheken-Umschau.de)

„Es waren vor allem die Vietnam-Veteranen, die mit ihrem Kampf um Rehabilitation und Entschädigungsleistungen dazu beitrugen“, dass 1980 die Posttraumatische Belastungsstörung erstmals als Diagnose in das amerikanische Klassifikationssystem "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-III) aufgenommen wurde. (vgl. Teegen 2003, S. 14)

Die „Lebenszeitprävalenz für PTBS wird in der Bevölkerung mit [fünf bis neun Prozent] angenommen und hat damit die Dimension einer Volkskrankheit. Ein frühzeitiger Behandlungsbeginn reduziert die Gefahr einer Chronifizierung [...]. Unbehandelte Patienten mit PTBS nach Unfällen haben bspw. längere Aufenthaltsdauern in Krankenhäusern. Eine frühzeitige Intervention nach dem Erkennen einer psychischen Erkrankung wirkt diesem Trend entgegen und kann so einen deutlichen Beitrag bei der Verminderung von Krankheits- und Folgekosten leisten“. (Tegtmeier 2011, S. 16)

In der aktuellen Auflage dem DSM-V und der aktuellen Auflage des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10) wird die Diagnose folgendermaßen klassifiziert.

a. DSM-V

Abweichend von der Kategorisierung im DSM-IV findet man die PTBS im Mai 2013 erschienen DSM-V nicht mehr unter Angststörungen, sondern unter der neuen Kategorie "Trauma- and Stressor-Related Disorders". (vgl. DSM-V 2013) Die Unterschiede der Diagnosekriterien für PTBS sind sehr deutlich. Unter anderem wurde Kriterium A, das s. g. Stressor-Kriterium (Bedrohung durch Tod, ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer) deutlich ausgearbeitet und Kriterium A2, die subjektiven Reaktionen auf das Ereignis (das Erleben von heftiger Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen), gestrichen. Im DSM-V wird mehr Aufmerksamkeit auf die Verhaltenssymptome, die eine PTBS begleiten, Wert gelegt. (vgl. ebd.)

Aus den ehemals drei Symptombereichen des DSM-IV (Kriterium B-D):

- „wiederkehrende, eindringliche und belastende Erinnerungen an das Ereignis
- ständiges Vermeiden von Stimuli, die in irgendeiner Weise mit dem Trauma zusammenhängen; Einschränkung der Reagibilität und Abstumpfung
- gesteigerte psychophysiologische Aktivität“ (Frommberger 2000, S. 14)

wurden im DSM-V vier Bereiche:

- Wiedererleben (spontane Erinnerungen, Rückblenden, wiederkehrende Träume)
- Vermeidung (bezogen auf Erinnerungen, Gedanken)
- negative Kognitionen, also Denk- und Wahrnehmungsvorgänge und Stimmung (verzerrter Sinn für Schuld (eigene und fremde), Entfremdung, vermindertes Interesse an Aktivitäten, Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte des Ereignis zu erinnern

- Erregung (aggressive, rücksichtslose oder selbstzerstörerisches Verhalten, Schlafstörungen, Hyper-Wachsamkeit und andere damit verbundene Probleme) (vgl. DSM-V 2013)

Im DSM-V wird anhand der Symptome, der Dauer der Störung (Kriterium E) und der Folgen für das alltägliche Leben (Kriterium F) zwischen akuten und chronischen Phasen der PTSD unterschieden. Desweiteren gibt es im DSM-V einen Part der auf Kinder unter sechs Jahren eingeht (PTBS Vorschul-Subtyp). Hier werden als zusätzliche Ursachen körperliche und geistige Erfahrungen, in denen die Welt unwirklich, traumhaft oder verzerrt erscheint, sowie Gefühle losgelöst vom eigenen Geist, genannt. (vgl. ebd.)

b. ICD-10

Im ICD-10 findet man die Diagnose PTBS in der Kategorie F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. In der Unterkategorie F43, Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen wird in F43.1 die PTBS, hier auch traumatische Neurose genannt, von F43.0 Akute Belastungsreaktion und F43.2 Anpassungsstörungen unterschieden und wie folgt beschrieben. Die PTBS „entsteht als eine verzögerte oder [andauernde] Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine [zeitlich nicht definierte] Situation [...], mit ungewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen, sowie neurotische Krankheiten wirken schwellensenkend und verlauferschwerend, sind aber nicht die Erklärung der Störung. Der Beginn der PTBS „folgt dem Trauma mit einer Verzögerungszeit [der so genannten "Latenz"], die wenige Wochen bis Monate [selten Jahre] dauern kann“. Der Verlauf der Krankheit ist wechselhaft, unbeständig und individuell vom Patienten abhängig. In den meisten Fällen kann die PTBS mit der rechtzeitigen und richtigen Therapie geheilt werden. Die Störung kann einen chronischen Verlauf nehmen und in eine andauernde Persönlichkeitsänderung übergehen, dies geschieht allerdings in den wenigsten Fällen. (vgl. ICD-10)

c. Symptome

Traumatische Reaktionen und Verhaltensweisen sind zunächst ganz normale, gesunde Antworten auf eine abnormale Situation bzw. Erfahrung. (vgl. Morgan 2007, S. 17) Es gibt drei „Symptomgruppen – das so genannte "Wiedererleben", die "Vermeidung" und ein "erhöhtes Erregungsniveau/Hyperarousal".“ (Morgan 2007, S. 65) Das ungewollte Wiedererleben, wiederkehrende Gefühle und körperliche Reaktionen, des traumatisierenden Ereignisses ist wohl das charakteristischste Symptom der PTBS. Dieses Wiedererleben, ein so genannter "Flashback" oder die quälenden Erinnerungen "Intrusionen" können durch verschiedene Schlüsselreize, so genannte "Trigger", ausgelöst werden. Sinneseindrücke wie Bilder, Geräusche, Gerüche, bestimmte Situationen und Personen, aber auch Jahrestage können den Betroffenen sein Trauma wieder erleben lassen. (vgl. Ehlers 1999, S. 3f und Ehling/Ehlers 2012, S. 13) Diese Erinnerungen können auch bruchteilhaft erfolgen oder aus „unscharfen Einzelheiten bestehen“. Erinnerungslücken und Erinnerungsverlust sind häufig. (vgl. Ehling/Ehlers 2012, S. 14) „Manche können sich überhaupt nicht an Bilder erinnern. Andere sind nicht in der Lage, über das Erlebte zu sprechen. Doch sie spüren zum Beispiel wieder dieselbe Angst und Hilflosigkeit, die sie in der traumatischen Situation erlebt haben. Sie empfinden plötzlich wieder das gleiche Herzklopfen oder den gleichen körperlichen Schmerz.“ (Apotheken-Umschau.de)

Betroffene versuchen ihre Erinnerungen zu verdrängen. Sie vermeiden bestimmte Orte, Personen, Kleidungsstücke. (vgl. Ehling/Ehlers 2012, S. 15) Gleichzeitig steht für sie aber immer die Frage des Zustandekommens des Traumas im Raum. Innere Fragen über Gründe des Ereignisses, Verhinderungsmöglichkeiten, Schuld und Rache, sowie über die Konsequenzen für das eigene Leben, quälen die Betroffenen. „Der emotionale Zustand der Patienten reicht von intensiver Furcht, Ärger, Trauer, Schuld oder Scham, bis zu emotionaler Taubheit.“ (Ehlers 1999, S. 3) Oftmals sind sie reizbar, schreckhaft, haben Konzentrations- und Schlafstörungen, vor allem Ein- und Durchschlafstörun-

gen verbunden mit Alpträumen. Betroffene beschreiben ihren eigenen sozialen Rückzug, Entfremdung auch von früher nahestehenden Menschen. Gleichgültigkeit gegenüber sich und anderen, sowie den Verlust an Interesse an Hobbies und gesellschaftlichen Aktivitäten. (vgl. Ehlers 1999, S. 3f und Morgan 2007, S. 26) Auch das Selbst- und das Weltbild ändern sich. "Ich kann niemanden mehr vertrauen", "Ich bin nirgendwo sicher", "Mein Leben ist für immer zerstört" sind nur wenige Beispiele für Gedanken nach einem erlebten Trauma. (vgl. Ehling/Ehlers 2012, S. 32) Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. (vgl. ICD-10) Einige der Betroffenen greifen zu Betäubungsmitteln, Drogen und/oder Alkohol um ihre negativen Gefühle zu betäuben. Hier besteht die Gefahr einer Abhängigkeit. Die Symptome sind meist länger als einen Monat anhaltend, führen zu deutlichen Beeinträchtigungen in den verschiedensten Lebensbereichen und bessern sich nur in den wenigsten Fällen, durch natürliche Selbstheilungsprozesse, von selbst. (vgl. Teegen 2003, S. 21 und Ehling/Ehlers 2012, S. 18)

d. Stressoren/Auslöser

Schon eine Scheidung, der Verlust des Arbeitsplatzes, das Scheitern in einer Prüfungssituation wird in der Gesellschaft als "traumatisch" bezeichnet. Diese traumatischen Ereignisse, sind allerdings nur "schwache" Stressoren und führen nur in den aller wenigsten Fällen zu den Symptomen einer PTBS. Traumaauslösende Ereignisse sind Extremsituationen. Das Erfahren von sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung, schweren Gewalttaten, Naturkatastrophen, Terroranschlägen, Kriegserlebnissen, Kriegsgefangenschaft, aber auch die Diagnose einer schweren Krankheit sind solche Extremerfahrungen. (vgl. Ehlers 1999, S. 5) Jeder, der ein oder mehrere solche traumatische Erfahrungen erlebt hat, kann theoretisch an einer PTBS erkranken. Aber auch als Zeuge eines traumatischen Geschehens, beispielsweise nach dem Beiwohnen eines Suizids, ist man gefährdet an einer PTBS zu erkranken. (vgl. Morgan 2007, S. 17ff) Ob ein Ereignis allerdings als traumatisch kategorisiert wird und somit ein Auslöser für eine

PTBS wird, „hängt von verschiedenen Faktoren des Betroffenen ab. Die Bedeutung, die der Betroffene dem Geschehenen beimisst, „die Intensität und Dauer des Ereignisses“, physische Verletzungen, der Verlust von „Körperteilen oder Körperfunktionen sowie [der] Verlust anderer Personen,[...] stellen entscheidende Komponenten bei der Bewertung des Traumas dar. Auch die kognitive und affektive Reaktion auf das Ereignis hat eine hohe Bedeutung, z.b. ob das Ereignis als lebensbedrohlich gewertet wurde [...]. Der Verlust von Kontrolle über eine Situation scheint bei der Entwicklung einer PTBS von größerer Bedeutung zu sein. Neben objektiven Charakteristika erhält damit die subjektive Wahrnehmung des Ereignisses einen wichtigen Stellenwert in der Bewertung eines Ereignisses als ein Trauma.“ (Frommberger 2000, S. 17) Neben dem Erleben eines Traumas gibt es noch weitere Faktoren, die das Risiko an einer PTBS zu erkranken, erhöhen. Unter anderem vorangegangene Traumata oder psychische Krankheiten, aber auch ein schwaches soziales Netzwerk und fehlende Unterstützung von Familie, Freunden und Kollegen nach dem Erleben eines traumatischen Geschehens. (vgl. Morgan 2007, S. 20) Ein weiterer Risikofaktor ist das Geschlecht. Das Risiko für Frauen an einer PTBS zu erkranken ist etwa doppelt so hoch wie das Risiko bei Männern. Eine chronische Ausbildung einer PTBS sogar viermal wahrscheinlicher, als bei Betroffenen männlichen Geschlechts. Als Gründe hierfür werden vor allem Vergewaltigungen und Misshandlungen in Familie und Partnerschaft angegeben. (vgl. Teegen 2003, S. 30)

e. Diagnose

Der Hausarzt bzw. der behandelnde Arzt, als erster Ansprechpartner, ist zuständig für den Ausschluss organischer Krankheiten, bei einem Patienten der sich z.B. wegen Schweißausbrüchen, Zittern oder Atemnot an ihn wendet. Manchmal kann der Patient seine Symptome nicht in Verbindung mit einem traumatischen Erlebnis bringen, sei es weil dies in der Vergangenheit liegt oder ihm der Zusammenhang zwischen Psyche und den körperlichen Reaktionen darauf nicht bewusst ist. (vgl. Morgan 2007, S. 61) Vermutet der Arzt eine PTBS wird der Patient zu einem Psychiater, einem Psychotherapeuten oder einem

Traumatherapeuten überwiesen. Der Experte fragt „behutsam nach möglichen Auslösern, etwa einem besonders belastenden Ereignis, welches den Symptomen vorausgegangen ist“. Eine zu intensive Befragung nach einem traumatischen Erlebnis könnte den Patienten möglicherweise überfordern und unter anderem die Symptome verstärken. „Um die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zu sichern, ist ein ausführliches Gespräch maßgeblich. Sinnvoll ist ein PTBS-spezifisches Interview mit einem standardisierten Fragebogen. So lassen sich auch andere Störungen abgrenzen, die nach einem Trauma vorkommen können – wie eine [häufiger auftretende] Anpassungsstörung oder eine [nicht länger als vier Wochen andauernde (vgl. Tegtmeier 2011, S. 90)] Belastungsreaktion. Diese Störungen halten in der Regel nicht so lange an wie die PTBS. Und den Betroffenen gelingt es dabei meist leichter, das Erlebte erfolgreich zu verarbeiten.“ (Apotheken-Umschau.de)

Auch eine mögliche Borderline-Persönlichkeitsstörung muss vor Beginn der Behandlung, ebenso ausgeschlossen werden, wie ein möglicher Alkohol- oder Drogenabusus, da diese zusätzliche Interventionen erfordern. (vgl. Ehlers 1999, S. 24 und Frommberger 2000, S. 22) Eine fehlerhafte Diagnose und eine Behandlung einer anderen, infolge eines Traumas aufgetretener Symptomatik, führen in der Regel nur zu unbefriedigenden Resultaten. „Da hier [...] weder das Trauma adäquat bearbeitet, noch Handlungsstrategien für den Umgang mit den Reaktionen auf das Trauma erarbeitet werden können [...]“ (Frommberger 2000, S. 22)

f. Behandlung

Ein generelles Therapie- und Behandlungskonzept gibt es nicht. Jeder Patient ist individuell in seinem Trauma, seinen biologischen/biochemischen, morphologischen und pathophysiologischen Veränderungen (vgl. Haas 2000, S. 50) und in seinen, für ihn wichtigen Behandlungszielen. Aus diesem Grund ist es wichtig ein individuelles Therapiekonzept zu erstellen. Hierzu kann man aus einer Reihe verschiedener Ansätze wählen, zu denen unter anderem die Kognitive Verhaltenstherapie und das Psychodynamische Verfahren zählen. Wichtig ist in

jedem Fall die Begleitung durch einen speziell ausgebildeten Experten. Je nach Schwere der Erkrankung und den Fortschritten der Behandlung kann die Therapie stationär oder ambulant erfolgen.

Die psychologische Behandlung ist in jedem Fall ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Hierzu werden laut Ehlers (1999), S. 28 acht bis zwölf wöchentliche Sitzungen à 90 Minuten, für die Verarbeitung des Traumas, eingeplant. Sowie drei monatliche Sitzungen zur Verfestigung der erzielten Veränderungen. Wie in anderen psychotherapeutischen Behandlungen ist es auch hier eine Grundvoraussetzung einen sicheren Raum für den Patienten herzustellen, in dem er sich geborgen fühlt und öffnen kann. Der Therapeut sollte dem Patienten mit Verständnis, zum Beispiel für Terminabsagen begegnen und ihn empathisch und respektvoll behandeln. Ein gutes und vertrauensvolles Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ist wichtig für die gemeinsame Erarbeitung der individuellen Ziele und der Vorgehensweisen, diese zu erreichen. Hier sollten auch Absprachen getroffen werden, über verschiedene Methoden, welche zur Zielerreichung führen sollen (z.B. In-vivo-Exposition (Ehlers 1999, S. 50), Imaginationstechniken (ebd., S. 66), Augenbewegungsdesensibilisierung (EMDR) (ebd., S. 70), Hypnotherapie (ebd., S. 75)).

In den drei verschiedenen Therapie-Phasen (Stabilisierungsphase, Traumabearbeitungsphase, Integrationsphase) werden nach und nach verschiedene Ziele erreicht und gefestigt. Zu den Zielen zählen unter anderem:

- Strategien zum Lenken von Gefühlen
- Erlernen von verschiedenen Entspannungstechniken und -übungen (vgl. Morgan 2007, S.69-82)
- ein kontrollierter Umgang mit belastenden Symptomen im Alltag
- die Analyse und eventuelle Neubewertung der traumatischen Eindrücke
- Akzeptanz des traumatischen Erlebnisses als Teil der Vergangenheit

- kein intrusives Wiedererleben (vgl. Ehlers 1999, S. 28)
- Rückfallprävention (vgl. Herbert/Wetmore 2005, S. 164)

In vielen Fällen ist eine zusätzliche Therapie mit Medikamenten sinnvoll, um verschiedene Symptome (u.a. Schlafstörungen, Albträume, Depressionen und Panikattacken) behandeln und reduzieren zu können. (vgl. Tegtmeier 2011, S. 124) Dennoch muss hier das erhöhte Risiko einer Suchterkrankung bedacht werden. Auch innerhalb der pharmakologischen Behandlung gibt es verschiedene Methoden. Zum Beispiel die Einnahme von selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern. Diese haben relativ geringe Nebenwirkungen und bieten Erfolg „bei depressiven sowie Zwangs- und Angststörungen“. Die Gabe von Trizyklischen Antidepressiva, von Neuroleptika, welche vor allem eine Verringerung von aggressiven Verhalten und Schlafstörungen herbei führen und die Gabe von Benzodiazepine, sowie von stimmungsstabilisierenden Substanzen wie Lithium und Carbamazepin und Opiaten sind weitere Möglichkeiten, um die Therapie zu unterstützen. (vgl. Haas 2000, S. 63ff) Ob die Wirkung der verschiedenen Substanzen jedoch nach Beendigung der Einnahme anhält, ist bisher unklar. (vgl. Ehring/Ehlers 2012, S. 50)

Einige Betroffene benötigen zusätzliche Hilfe und Unterstützung bei verschiedenen praktischen Fragen. Sei es bei der Suche nach neuen beruflichen Perspektiven, die Stabilisierung von familiären oder partnerschaftlichen Beziehungen oder bei Antragstellungen nach dem Opferentschädigungsgesetz. (vgl. Apotheken-Umschau.de)

4 PTBS bei Soldaten

Manche Berufsgruppen haben durch die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ein besonders erhöhtes Risiko an einer PTBS zu erkranken. Hierzu gehören unter anderem Polizisten und Angehörige der helfenden Berufe (Ärzte, Sanitäter). Aber auch Krisenhelfer und Soldaten stehen in der ihrer täglichen Arbeit unter hohem Druck und Risiko.

a. *Der Einsatz als Auslöser*

Die Anforderungen an Soldaten sind sehr hoch. Sie müssen den Umgang mit High-tech Waffen beherrschen, ihre eigene Psyche unter Kontrolle haben, sind rund um die Uhr humanitäre Helfer und dürfen sich keinerlei zusätzlicher Stressbelastung durch familiäre Umstände aussetzen. (vgl. Böhm 2011, S. 7) Sie müssen also eine perfekte „Einheit von geistigen Fähigkeiten, technischem Verständnis, einer hohen physischen und psychischen Belastbarkeit, sowie interkultureller Kompetenz“ aufweisen. (Gießmann/Wagner 2009, S.6) Nebenbei sind sie aber noch Teil der Gesellschaft, als Sohn, Vater, Ehemann. (vgl. Böhm 2011, S. 4) Gerade im Auslandseinsatz ist das Erfüllen dieser Anforderungen lebenswichtig. Weit entfernt von der Heimat sind die Soldaten den besonderen Belastungen und Stressoren, 24 Stunden, sieben Tage die Woche, ununterbrochen ausgesetzt. (vgl. Albtraum Auslandseinsatz, DVD 2)

i. *Körperliche und Geistige - Seelische Belastungen*

Körperliche Stressoren	Geistige – Seelische Stressoren
<i>Umweltbedingte</i>	<i>Kognitive</i>
<ul style="list-style-type: none">• Klimatische Bedingungen (Hitze, Kälte, Nässe, Trockenheit)• Erschütterungen, Lärm, Druckwellen• Sauerstoffmangel• Rauch, Gifte, Chemikalien• Radioaktive Strahlung• Infektiöse Kampfstoffe• Energiefreisetzende Waffen/ Geräte• Körperliche Arbeit• Helles Licht, Dunkelheit, Nebel, Finsternis• Schwere Geländebedingungen	<ul style="list-style-type: none">• Informationsfluss: zu wenig, zu viel• Sensorische Überladung oder Entzug• Zwiespalt, Ungewissheit, Isolation• Zeitdruck oder Warterei• Unvorhersehbarkeit• Einsatzregeln, schwierige Beurteilung• Dynamik der Organisation• Schwere Wahl oder keine Wahl• Erkennen der beeinträchtigten Funktionsfähigkeit

<i>Körperliche</i>	<i>Emotionale</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Schlafmangel • Dehydration • Mangelernährung • schlechte Hygiene • Muskel- und Kreislauferschöpfung • Geschwächtes Immunsystem • Über- oder Unterbeanspruchung von Muskeln und Organen • Krankheit, Verwundung, Verletzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Furcht und Angst erzeugende Bedrohungen (Tod, Verwundung, Versagen, Verluste) • Trauerfälle, Kameradenverlust • Groll, Wut, Frust • Verlustangst und Schuldgefühl • Langeweile durch fehlende Aktivitäten • Innere Konflikte (Sorge um das Zuhause, um die Angehörigen) • Spirituelle Konflikte • Zwischenmenschliche Konflikte • Waffengebrauch und Einsatz • Umgang mit Tod, Elend, Hunger

(Tabelle: vgl. US-Army 1994, FM 8-51, Tabelle 1-1 in Böhm 2011, S. 8)

Diese Belastungen, denen der Soldat berufsbedingt ausgesetzt ist, können sowohl physisch als auch psychisch an die Grenzen der Belastbarkeit führen. Oftmals werden diese Grenzen überschritten, bis zu einem Punkt an dem die Situation nicht mehr zu verkraften bzw. zu ertragen ist. (vgl. Böhm 2011, S. 5)

Dieses Grenzüberschreiten und das Erleben einer oder mehrerer der folgenden Situationen, ergibt ein hohes Potential an einer PTBS zu erkranken.

- Der Tod von Freunden, Kameraden unter besonders grausamen Umständen, dies ist meist verbunden mit Schuldgefühlen (Warum hat es nicht mich getroffen? Warum habe ich es nicht verhindert?) und empfundenen Versagen.
- Verletzung/Verwundung und Tod von unschuldigen Zivilisten, vor allem Frauen und Kinder.
- Der Anblick von Leichen, verstümmelten oder verwundeten Körpern.

- Greuelthaten, als Beobachter gesehen oder als Mittäter begangen zu haben.
- Hass, Ablehnung der Bevölkerung im Einsatzland bis hin zu Terroranschlägen.
- Bedeutung und Sinnlosigkeit der erbrachten Opfer die auf Unfälle und militärische Fehler zurück gehen.
- Unangemessener Empfang der Opfer in der Heimat.
- Fehlende Anerkennung, Unverständnis, Ablehnung im Heimatland, vom Partner, Familie und Freunde. (vgl. US-Army 1994, FM 22-51/6 in Böhm 2011, S. 14)

b. Zahlen und Fakten

Im Allgemeinen verzeichnet die Bundeswehr steigende Zahlen von Behandlungen von PTBS und anderen psychischen Erkrankungen in Folge eines Auslandseinsatzes. Die Bundeswehr begründet dies mit „stärkeren Belastungen im Einsatz, der wachsenden Zahl von Soldaten mit belastenden Erfahrungen, der langen Dauer einer Therapie aber auch der größeren Offenheit im Umgang mit dem Thema.“ (vgl. Bw.de)

Immer mehr Betroffene greifen auf die Möglichkeit der kostenlosen 24-Stunden-Hotline oder dem anonymen Kontaktangebot im Internet zurück. Mit diesen Angeboten hat die Bundeswehr einige Barrieren, im Umgang mit PTBS, gebrochen. (vgl. Bw.de)

„Nicht zuletzt haben auch die unermüdliche Arbeit der vielen Selbsthilfeorganisationen sowie die öffentliche Diskussion zur Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Truppe beigetragen und somit die Bereitschaft der Soldaten, sich behandeln zu lassen, gestärkt.“ (Bw.de)

i. *Wie viele Soldaten sind betroffen?/Zusammenhang zum Einsatzort*

Aktuelle Zahlen der Bundeswehr mit Stand vom 30. September 2013 über die Behandlungen von Soldaten mit PTBS:

Behandlungen	1996-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gesamt	348	100	121	83	149	245	466	729	922	1143	1100
ISAF	30	84	75	55	130	226	418	557	759	948	885
KFOR	213	12	38	24	12	19	42	43	51	88	104
Andere	105	4	8	4	7	-	6	129	112	107	111

(Tabelle: vgl. Bw.de)

<i>ISAF</i>	=	<i>International Security Assistance Force, Sicherheits- und Wiederaufbaumission der NATO in Afghanistan, tätig seit 2001</i>
<i>KFOR</i>	=	<i>Kosovo-Force, Sicherheits- und Wiederaufbaumission der NATO, tätig seit 1999</i>
<i>Andere</i>	=	<i>u. a. Active Fence (Türkei), UNMISS und UNAMID (Sudan), UNIFIL (Libanon), Atalanta (Horn von Afrika)</i>

Laut Bundeswehrstatistik wurden im Jahr 2012 „194 Fälle einer PTBS als Neuerkrankung in den Bundeswehrkrankenhäusern behandelt. Hinzu kamen 949 Patientenkontakte im Rahmen von Weiterbehandlungen, also insgesamt 1143 Behandlungen.“ (Bw.de) Desweiteren „traten vermehrt Fälle auf, in denen Erkrankte mehrfach therapiert werden mussten.“ Auch eine Steigerung der chronischen Traumaerkrankungen ist zu verzeichnen. (vgl. Drucksache 17/12050 2013)

Festzustellen bleibt, dass die Zahlen derjenigen Soldaten die auf Grund einer PTBS in Behandlung sind, in den letzten Jahren stark zu genommen haben. Die Soldaten im Einsatz in Afghanistan gehören zu der gefährdetsten Gruppe, da

die Soldaten hier offensiv von Beschuss und Attentaten betroffen sind. Seit 2010 ist allerdings auch ein Anstieg an PTBS-Erkrankten nach Einsätzen in anderen Ländern zu verzeichnen, dies liegt vor allem an stärkeren Belastungen während des Einsatzes, sowie an der Anzahl der eingesetzten Soldaten. Aber auch die wachsende Bereitschaft der Betroffenen, Hilfe zu suchen und sich behandeln zu lassen wächst. (vgl. Drucksache 17/4486 2011)

Allerdings werden die Zahlen und Statistiken der Bundeswehr sehr kritisch betrachtet. Die Deutsche Kriegsopferfürsorge (DKOF) bewertet die Angaben des Sanitätsdienstes als wenig aussagekräftig und in vielen Angaben widersprüchlich. Laut dem Geschäftsführer der DKOF, Andreas Timmermann-Levanas, früher selbst Soldat der Bundeswehr und Betroffener der PTBS-Erkrankung verschwinden unter anderem seit 1996 PTBS-Erkrankte aus den offiziellen Statistiken oder zuvor veröffentlichte Angaben des Sanitätsdienstes weichen von den aktuell Gemeldeten ab. Desweiteren bemängelt die DKOF das durch eine Fokussierung auf PTBS-Erkrankte andere seelische Verletzungen und psychische Erkrankungen, in den öffentlichen Statistiken, kaum auftauchen und Beachtung erfahren. Ebenfalls ein Kritikpunkt ist die Nichterfassung bereits aus dem Dienst ausgeschiedener Soldaten. (vgl. Timmermann-Levanas 2010, S. 134ff)

ii. Dunkelziffer

Die Dunkelziffer von nicht erkannten PTBS-Erkrankungen ist schätzungsweise sehr hoch. Um ein genaueres Bild zu schaffen, wurde die TU-Dresden, vom Bundesministerium der Verteidigung, im Jahr 2010, damit beauftragt eine "Dunkelzifferstudie" zu erstellen. Die Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen und Dr. Sabine Schönfeld kam vorerst zu folgenden Ergebnissen:

- Jeder vierte Einsatzteilnehmer erleidet eine psychische Störung.
- Jede zweite Erkrankung bleibt unerkannt und damit unbehandelt.

- Mehr als die Hälfte der traumatisierten Soldaten weisen bereits vor dem Einsatz Symptome psychischer Erkrankungen auf.
- Soldaten mit Auslandseinsatz haben ein sechs- bis zehnfach erhöhtes Risiko einer PTBS im Vergleich zu Soldaten ohne Auslandserfahrungen.
- Die Öffentlichkeit vermutet eine zu hohe Dunkelziffer.
- 50 % der untersuchten Soldaten erlebten mindestens ein traumatisches Ereignis.
- 14% der untersuchten Soldaten erlebten drei oder mehrere traumatische Ereignisse.
- Geringere PTBS-Erkrankungszahlen als bei US- und UK-Soldaten sind auf die kürzere Einsatzzeit, die intensivere Einsatzvorbereitung und auf geringere Belastung durch direkte Kampfsituationen zurück zu führen.

Als Grundlage für die Querschnittstudie diente eine Zufallsauswahl von 1.488 ISAF-Soldaten die im Jahr 2009 in Afghanistan stationiert waren, sowie eine Vergleichsgruppe von 882 Soldaten, die nicht im Auslandseinsatz waren. (vgl. Wittchen/Schönfeld 2011)

Gründe für die immer noch hohe Dunkelziffer könnte unter anderem die Angst vor Stigmatisierungen durch Kollegen oder Angehörige, aber auch die Angst vor Karriereeinbrüchen oder dem Verlust des Arbeitsplatzes sein. (vgl. Tegtmeyer 2011, S. 22f) Am 26. November 2013 wurden die aktuellen Ergebnisse der "Dunkelzifferstudie 2013", auf einer Pressekonferenz in Berlin, vorgestellt. Die Längsschnittstudie gilt derzeit als weltweit aktuellste, größte und differenzierteste Studie. In diese Studie wurden 621 Soldaten, die 2011/2012 in Afghanistan stationiert waren, einbezogen und schon vor dem Einsatz untersucht. 12 Monate nach Beendigung des Einsatzes erfolgte eine zweite Untersuchung bei 476 der Soldaten. (BW-SaD.de) Die Ergebnisse bestätigen die Querschnittstudie und lassen sich wie folgt zusammen fassen:

- 1,8% der 476 Teilnehmer der Zweituntersuchung waren von einer PTBS betroffen.
- „Die Neuerkrankungsrate anderer psychischer Störungen lag zwischen 3,6% bei Angststörungen, 1,8% bei affektiven Störungen, 1,5% bei Alkoholverstörungen.“ (BW-SaD.de)
- Deutsche Soldaten sind erheblich seltener von PTBS betroffen als britische und amerikanische Soldaten.
- Das Risiko anderer einsatzbezogener psychischer Störungen, sowie die Erkrankung einer Abhängigkeit von Alkohol wurde bislang unterschätzt.
- „Einsatzbezogene psychische Störungen werden nicht hinreichend frühzeitig erkannt, selten diagnostiziert und noch seltener behandelt.“
- Die Dunkelziffer für PTBS und andere psychische Erkrankungen kann auf etwa 50 Prozent geschätzt werden.
- Betroffene nehmen massive Barrieren wahr, die sie hindern sich zu öffnen.
- „Positiv ist hervorzuheben, dass die dem Einsatz vorausgehenden vorbereitenden und dem Einsatz folgenden nachbereitenden Maßnahmen von den Soldaten überwiegend als positiv, angemessen und Ziel führend beurteilt werden. Lediglich bei den psychisch vorbelasteten Soldaten ergab sich diesbezüglich ein geringfügig abweichendes, weniger positives Bewertungsbild.“ (Wittchen/Trautmann 2013)

c. Folgen

Die Folgen traumatischer Ereignisse und seelischer Verletzungen werden von betroffenen Soldaten oftmals zunächst nicht registriert oder akzeptiert. Auch von Vorgesetzten und Kameraden, sowie von den behandelnden Ärzten, werden die seelischen Wunden selten wahrgenommen. „Dies erschwert die Erfassung der Erkrankten, verhindert die rechtzeitige, adäquate therapeutische Hilfestellung und macht verlässliche epidemiologische Aussagen ohne gezielte Untersuchungen fast unmöglich.“ (Biesold 2009, S. 42) Wenn eine PTBS nicht

erkannt und adäquat behandelt wird, kann dies verheerende Folgen für den Soldaten, im beruflichen und privaten Bereich, sowie für dessen Angehörige, nach sich ziehen.

i. Für den Soldaten - Beruflich

Im beruflichen Umfeld kann eine nicht behandelte PTBS zu Leistungseinbußen, Konflikten am Arbeitsplatz und „vermehrten dienstlichen Ausfallzeiten“ bis hin zur Dienstunfähigkeit und dem damit verbundenen Verlust des Arbeitsplatzes, führen. (vgl. Biesold 2009, S. 43) Bei Nichtanerkennung einer Dienstunfähigkeit durch eine Wehrdienstbeschädigung kann es zu erheblichen finanziellen Einschränkungen für den Soldaten kommen. Nicht selten endet dies im HartzIV-Anspruch.

ii. Für den Soldaten und seine Angehörigen – Privat

Gerade im privaten Bereich kann die Krankheit verschiedene Auswirkungen haben. Neben erheblichen Glaubens- und Identitätskrisen (vgl. Tegtmeier 2011, S. 64) kann es zu schwerwiegenden Problemlagen kommen.

Durch das Erfahren und Erleben mancher Symptome, wie z. B. einem erhöhten Aggressionspotential und dem erhöhten Risiko einer Suchterkrankung, kann es unter anderem vermehrt zu häuslicher Gewalt kommen. (vgl. Biesold 2009, S. 43) Dies, sowie andere Faktoren, z. B. Unverständnis von Familienmitgliedern, Desinteresse am Familienleben, an den Kindern und deren Erziehung, kann zu familiären Krisen führen. Viele Familien zerbrechen an den Folgen einer PTBS-Erkrankung. Die Scheidungsrate ist erhöht.

Weitere Folgen für den Soldaten können Rückzug aus Freundes- und Bekanntenkreisen sein, sowie das Desinteresse an Hobbies und das Ausscheiden aus Vereinen, bis hin zum Abbruch aller sozialen Kontakte und der kompletten sozialen Isolation.

d. Fallbeispiele

Im Folgenden Abschnitt, möchte ich drei betroffene Soldaten und ihre Angehörigen vorstellen. Drei völlig unterschiedliche Charaktere mit dem gleichen "Schicksal". Ich möchte vor allem auf die von ihnen genannten Stressoren, Symptome und die beruflichen sowie privaten Folgen und die Kritik an der Bundeswehr eingehen. Die Informationen, sowie weitere interessante Fälle, sind in den im Quellenverzeichnis genannten Reportagen, zu finden.

Andreas Timmermann-Levanas Oberstleutnant außer Dienst (Oberstlt a. D.) war 20 Jahre Teil der Bundeswehr. Die Bilder aus seinem letzten Einsatz, im Kunduz in Afghanistan, verfolgen ihn bis heute. Er kam mit seinen Kameraden in einen Hinterhalt und musste gegen die Taliban kämpfen. Er beschreibt folgende Situation:

„Ich hab ne Panzerfaustrakete direkt auf mich zu fliegen sehen, durch das Nachtsichtgerät und die ist wenige Meter vor uns, über unser Fahrzeug dann hinweg geflogen und in dem Moment hat man noch nicht mal Zeit Angst zu haben. [...] man sieht in die Fratze des Terrors und gleichzeitig in den eigenen Tod.“ (Verletzte Soldaten, Das Erste – Panorama: 00:16 min)

Nachts quälen ihn Schlafstörungen und ständige Albtraumszenarien. Er sitzt stundenlang am PC zur Unterdrückung von Panikattacken und dem Zittern.

„Deutschland schläft, alles ruht. Nur ich kämpfe gegen einen Selbstmordattentäter und schlage nachts um mich. [...] alles ist wie hinter einer dicken Scheibe, ich bin nicht wirklich in meiner Welt. [...] Heute bin ich wieder im Krieg, in einem Krieg mit mir selbst, der in meinem Inneren tobt.“ (Timmermann-Levanas 2010, S. 61, 63)

Die Bundeswehrärzte diagnostizierten eine PTBS. Er wurde für arbeitsunfähig erklärt. Mit dieser Erklärung begann sein nächster Kampf. Andreas Timmermann-Levanas stellte einen Antrag auf Wehrdienstbeschädigung (WDB). Die Bundeswehr lehnte diesen mit der Begründung ab, dass seine Erkrankung nicht im Zusammenhang mit seinem Dienst und dem Einsatz steht. Daraufhin folgte ein kräftezehrender Kampf, mit Widersprüchen, weiteren Gutachten und Untersuchungen. (vgl. Verletzte Soldaten, Das Erste – Panorama)

„Als Mensch und als Patient [...] wenn man den eigenen Staat anklagen muss, dann ist das alles andere als gesund.“ (Verletzte Soldaten, Das Erste – Panorama: 01:57 min)

Andreas Timmermann-Levanas ist Gründer der Deutschen Kriegsopferfürsorge. Eine Organisation zur Unterstützung verletzter Soldaten beim Kampf um Anerkennung. Desweiteren ist er regelmäßig Redner zum Thema und Autor des Buches "Die reden - Wir sterben. Wie unsere Soldaten zu Opfern der deutschen Politik werden".

Dominik und Birgit Klimkiewicz, Sohn und Mutter beschreiben in der Reportage "Soldatenfamilien – Wenn der Krieg nach Hause kommt" des WDR ihre Geschichte. Die Familie hat Dominik zur Bundeswehr geraten. Er sollte Ordnung und Disziplin lernen. An Krieg und Trauma hat dabei niemand gedacht. Dominik Klimkiewicz Stabsgefreiter (StGefr) meldete sich drei Mal freiwillig zum Auslandseinsatz. Er verbrachte mittlerweile fast ein Jahr in Afghanistan. 2006 nach seinem ersten Einsatz, berichtet er euphorisch von seinen Aufgaben und den Erlebnissen vor Ort. Doch schon nach dem zweiten Einsatz 2007 veränderte er sich. Seine Nächte waren schlaflos oder von Alpträumen begleitet, er war unruhig und schnell reizbar. Er wollte kein Versager sein und entschied sich 2009 für einen erneuten Einsatz. Als er zurückkehrte, zitterten Hände und Beine und aus der Unruhe war Rastlosigkeit geworden. (vgl. Die Bundeswehr 2010, S. 10) Während des Einsatzes war er mit vielen überfordernden Situationen konf-

rontiert. Mit scharfen Waffen auf ein Kind zielen, Todesangst, Angst vor explodierenden Minen. (vgl. Soldatenfamilien, WDR – Menschen hautnah)

„Im Einsatz hat man keinen direkten Feind“, „man weiss nie wen man vor sich hat“, „das fängt beim 12jährigen Kind an, das geht übern Behinderten, das geht dann bis hoch zum normalen Mann. Alles kann gefährlich sein und das ist das Problem“ (Soldatenfamilien, WDR – Menschen hautnah: 02:00 min)

Im Dienst konnte er seine Gefühle gut verbergen, aber seine Familie hat schnell feststellen müssen, dass etwas nicht stimmt. Zwei Beziehungen zerbrachen an seinen Ausrastern, seinem aggressiven Verhalten und seinem exzessiven Leben. Nach einer ambulanten Therapie, scheint er sein Leben wieder in den Griff zu kriegen. Einen erneuten, von ihm gewünschten, Auslandseinsatz lehnte sein Kommandant ab. (vgl. Soldatenfamilien, WDR – Menschen hautnah)

Für die Eltern wurde jeder Abschied schwerer. Vier Monate täglich Angst um den Sohn, dennoch muss man im Alltag funktionieren. Seine Mutter schreibt in einem Leserbrief im Magazin des Deutschen BundeswehrVerbandes (11/2010):

„Rückblickend eine höchst belastende Zeit für uns als Eltern. Wir stellten uns immer die Frage: Wie kommt er zurück? Ist er körperlich verletzt, kommt er gar im Sarg zurück? [...] so geht es wohl allen Angehörigen, die zu Hause zurückbleiben, und sich nicht wirklich vorstellen können, was die Soldatinnen/Soldaten dort erleben.“

Die Diagnose PTBS stand, aber niemand unterstützte die Angehörigen. Die Eltern mussten hilflos zusehen, wie sich das Leben ihres Sohns ins Negative wandelt. Auf Grund der Enttäuschung darüber und der Wut über das System, beschäftigte sich Birgit Klimkiewicz intensiv mit der Bundeswehr, mit Afghanistan und mit PTBS. Im Februar 2010 gründete sie die Selbsthilfegruppe "Eisblu-

me" für Angehörige von an PTBS erkrankten Soldaten. (vgl. Soldatenfamilien, WDR – Menschen hautnah)

Andreas und Patricia Bär, Ehepaar und Eltern von drei Kindern. Elf Jahre lang hat Andreas Bär (Oberfeldwebel außer Dienst (OFw a. D.)) als Zeitsoldat gedient. Er war im Kosovo-Einsatz, später zweimal in Afghanistan und wurde sogar für seine Tapferkeit ausgezeichnet, weil er mindestens einem Kameraden nach einer explodierten Handgranate das Leben rettete. Diese lebensbedrohliche Situation und andere traumatische Erlebnisse während der Einsätze, veränderten Andreas Bär.

Patricia Bär im Interview:

„2006 nach dem Afghanistan-Einsatz habe ich ihn darauf angesprochen, dass er sich verändert hat. Dass er schnell aggressiv wird, quasi auch Wutanfälle kriegt. Unruhig schläft. Wenn er schläft, dann hat er Alpträume, da habe ich [...] gesagt, dass er sich Hilfe suchen soll.“ (Vom Vaterland vergessen, ZDF – frontal21: 01:47 min)

Um den Kopf frei zu bekommen, rennt Andreas Bär manchmal bis zu völligen Erschöpfung.

„Ich sehe Gesichter von Menschen, von Menschen, die bluten. Schreiende Kinder.“ (Vom Vaterland vergessen, ZDF – frontal21: 03:36 min)

„Ich distanziere mich von meiner Frau, ich distanziere mich von meinen Kindern. Verantwortung übernehme ich überhaupt keine mehr, sondern nur für meine eigene Person.“ (Vom Vaterland vergessen, ZDF – frontal21: 07:27 min)

Die Diagnose PTBS erhält Andreas Bär erst nach dem Ausscheiden im April 2011. Zu diesem Zeitpunkt hat er schon eine Therapie begonnen und einen Antrag auf Wehrdienstbeschädigung gestellt. Allerdings steht in seinen Entlas-

sungspapieren "T2" - „das heißt diensttauglich. Nun muss er im Nachhinein [...] beweisen, dass seine Erkrankung mit dem Kriegseinsatz zu tun hat. So lange verweigert die Bundeswehr jede Hilfe.“ (Vom Vaterland vergessen, ZDF - frontal21: 04:30 min)

Die Familie fühlt sich von der Bundeswehr im Stich gelassen. Sie ist mittellos und steht kurz vor dem finanziellen Ruin, auch die Wohnung muss sie räumen, diese ist zu teuer.

„Im Januar habe ich das letzte Gehalt von der Bundeswehr erhalten. Separat mussten wir Hartz IV beantragen und zur Überbrückung, bis die Gelder von Hartz IV freigeschaltet wurden, mussten wir aus der Spardose unserer Kinder leben.“ (Vom Vaterland vergessen, ZDF - frontal21: 00:57 min)

5 Maßnahmen der Bundeswehr

Die Bundeswehr ist sich über die große Verantwortung gegenüber den Soldaten im In- und Ausland, sowie deren Angehörigen, bewusst. Sie ist stets bemüht die Soldaten auf die Aufgaben und Anforderungen im Auslandseinsatz bestmöglich vorzubereiten. In diesem Zusammenhang wird auch über einsatzbedingte Folgen und Erkrankungen, sowie über PTBS aufgeklärt. (vgl. BW.de) Die Bundeswehr folgt hierbei dem "Drei-Phasen-Modell" und dem "Drei-Ebenen-Konzept". Eine Rundumbetreuung in den Phasen vor, während und nach dem Einsatz mit den verschiedenen Stufen der Hilfen bei psychischen Belastungen je nach Ausmaß und Notwendigkeit (vgl. Biesold 2009, S.44)

a. Vor dem Einsatz (Prävention)

Schon die Personalauswahl ist ein wichtiger Punkt zur Prävention von PTBS und anderen psychischen Erkrankungen als Folge von Auslandseinsätzen. Es ist darauf zu achten, dass die Soldaten belastbar sind und wenn möglich keiner-

lei traumatische Vorbelastungen haben. Zu beachten ist, dass Soldaten die bereits in einem Einsatz waren eine Regenerationszeit, in der Regel von 20 Monaten, benötigen. Diese Zeit wird vor allem in Truppen mit spezieller Ausbildung kaum eingehalten, da hier ein personeller Mangel herrscht, u. a. bei Brandschutzsoldaten. Desweiteren bieten aufeinanderfolgende Einsätze höhere Belastungen im privaten Bereich. (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 20)

Jeder Soldat der sich freiwillig zum Auslandseinsatz meldet oder dessen Truppe ins Ausland abberufen wird, muss sich einer einsatzvorbereitenden Ausbildung unterziehen. Diese sollte möglichst heimat- beziehungsweise stützpunktnah erfolgen. (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 15f) Sie leistet „einen wesentlichen Beitrag zur psychologischen Prävention“. Die Ausbildung „ist einsatzorientiert, realitätsnah und am Bedarf der Truppe ausgerichtet“. (vgl. BW.de)

Teile dieser Ausbildung sind unter anderem:

Praktische Ausbildungsanteile

- realistische Gefechtsübungen und Übungsszenarien mit Waffen, sowie Konfrontation mit verletzten Kameraden und Zivilisten
- Übungen mit Waffen, Transportmitteln und Ausrüstung (vgl. BW.de)

Theoretische Ausbildungsanteile

- Vermittlung des militärischen Auftrags (vgl. ebd.)
- Trainingseinheiten zu: Stressmanagement, Krisenintervention, deeskalierende Konfliktlösung, Kommunikation (vgl. Herbert/Wetmore 2005, S. 153)
- medizinische Grundlagen für den Umgang mit Verletzten/Verwundeten und Toten
- Umgang mit Entführung, Geiselnahme und Gefangenschaft (vgl. BW.de)
- „Vermittlung von Grundkenntnissen der Psychotraumatologie“ hier unter anderem ausreichende Aufklärung zu „posttraumatischen Störungs-

bildern“ (vgl. Herbert/Wetmore 2005, S.152)

Damit verbunden:

- „Training zur Wahrnehmung und angemessenen Bewertung von Belastungsreaktionen, Schulung von spezifischen Bewältigungsfähigkeiten“ zur Vermeidung psychischer Erkrankungen und PTBS (vgl. ebd.)

„Im Idealfall sollten auch die Lebenspartner und -partnerinnen in bestimmte Trainingsphasen einbezogen werden, da sie die Einsatzkräfte durch Anteilnahme, Verständnis, aber auch durch die Wahrnehmung von Verhaltensänderungen, bei der Bewältigung von Extremlastungen unterstützen können“ (vgl. ebd., S. 153) Dies ist allerdings bei den Einsatzvorbereitungen der Bundeswehr kein Bestandteil.

b. Im Einsatz (Verarbeitungsprozesse)

Während des „Einsatz sollte eine gute Einsatzleitung und Vor-Ort-Maßnahmen dafür sorgen, dass die Ausbildung massiver Belastungsreaktionen verhindert wird“. (vgl. Teegen 2003, S. 31) Dies z. B. durch:

- eine verlässliche und transparente Einsatzplanung
- Vakanzen-/Konsequenzenmanagement (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 15f)
- Saubere Unterkünfte (Schutz vor Ungezieferbefall)
- gute hygienische Zustände in den Sanitärcontainern, sowie ausreichende Toiletten und Dusch- und Wachräume mit warmen Wasser (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 16f)
- gute Versorgung durch die "Kioske" mit alltäglichen Dingen (Tabak, Bier)
- "Freizeit"-Gestaltungsmaßnahmen, Unterhaltung- und Sportangebote
- Möglichkeit der individuellen Einrichtung der Stube (Bilder, Bettwäsche, private Gegenstände, usw.)
- Bereitstellung von ausreichender Internetverbindung und Feldpost (vgl. Biesold 2009, S. 44)

Geschulte Einsatzleiter, aber auch jeder einzelne Soldat, sollten auf Anzeichen psychischer Überforderung, emotionale Instabilität und Schockzustände ihrer Kameraden achten und ggf. erste Unterstützungsmaßnahmen einleiten und sich für ein Erstgespräch anbieten. (vgl. Herbert/Wetmore 2005, S. 154)

„Sofern nach einem besonders belastenden Einzelereignis im Einsatz die Maßnahmen der psychologischen Selbst- und Kameradenhilfe nicht ausreichen, um eine Stabilisierung der Betroffenen herbeizuführen“, sind die Ansprechstellen neben den Vorgesetzten, die Truppenärzte, -psychologen und die Militärseelsorger. Diese bilden ggf. Kriseninterventionsteams (KIT) für „strukturierte Gespräche und Einzelmaßnahmen zur psychotraumabezogenen Einsatznachbereitung“. Auf Wunsch des Soldaten gibt es die Möglichkeit zu einer dreitägigen „Auszeit“ unter fachlicher Leitung. Dies ist eine so genannte Recreation-Maßnahme (vgl. BW.de)

c. Nach dem Einsatz (Nachbereitung)

„Nach der Beendigung hoch belastender Einsätze [sind] Maßnahmen zur Früherkennung und Betreuung von Risikopersonen von Bedeutung [...], um die Entwicklung chronischer Beschwerdebilder zu begrenzen.“ (Teegen 2003, S. 31) Jeder Soldat wird bei einer so genannten "Rückkehreruntersuchung" „in besonderem Maße auf Anzeichen einer beginnenden oder manifesten PTBS“ untersucht. „Bei einem entsprechenden Verdacht werden die Betroffenen an einen Facharzt für Psychiatrie an einem Bundeswehrkrankenhaus oder an ein Fachsanitätszentrum überwiesen.“ (vgl. BW.de)

Den heimgekehrten Soldaten stehen so genannte "Nachbereitungsseminare" zur Verfügung. Diese zwei- bis dreitägigen Pflichtseminare finden sechs bis acht Wochen nach Einsatzenende statt und dienen den Soldaten zur besseren Verarbeitung ihrer persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse, sowie dem "Abschluss" des Einsatzes. Die Nachbereitung des Einsatzes findet in Gruppen mit ca. 20 Teilnehmern, bewusst mit einer räumlichen Distanz zum dienstlichen Standort und zur zivilen Umgebung, statt, um eine „bewusste Auseinandersetzung mit den Einsatzerlebnissen“ zu fördern (vgl. Biesold 2009, S. 45 und BW.de)

Eine weitere Möglichkeit, um seine Kräfte zu regenerieren und die Erlebnisse des Einsatzes zu verarbeiten, sind von der Bundeswehr, seit 1999, angebotene Präventivkuren. „Die dreiwöchigen Kuren dienen belasteten Soldaten [auch] ohne Anzeichen einer therapiepflichtigen Erkrankung zur Regeneration.“ (Tegtmeier 2011, S. 68) Während der Kur hat der Soldat die Möglichkeit an „gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen“, sowie an Trainingseinheiten zur Stärkung der „psychischen und sozialen Kompetenz“ teil zu nehmen. Auch „Einzelberatungen, Entspannungstherapien, physische Aktivitäten, sowie Ruhe und Erholungsphasen“ sind Teil der Rehabilitation. (vgl. Tegtmeier 2011, S. 68) Voraussetzungen für eine solche Kur sind neben der Antragstellung, die zeitliche Durchführung und Beendigung der Maßnahme „bis spätestens sechs Monate nach Einsatzbeendigung.“ (BW.de)

Ein wichtiger Aspekt der Rehabilitation und der Heilung einer PTBS ist die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung. PTBS haben nicht nur Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, auch sein soziales Umfeld ist belastet. (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 40f)

d. Behandlung durch die Bundeswehr bei aufgetretener PTBS

Wird einem Soldaten oder einem anderen BW-Angehörigen während der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit ein gesundheitlicher Schaden zugefügt, gleich ob dieser physischer oder psychischer Natur ist, erfolgt „die erste qualifizierte Behandlung [...] grundsätzlich in einem Bundeswehrkrankenhaus“ oder in „Fachsaniätszentren, da hier die entsprechenden Kenntnisse über militärspezifische Besonderheiten gegeben sind.“ (vgl. BW.de) Zur Behandlung verschiedener Symptome stehen bundesweit fünf Bundeswehrkrankenhäuser zur Verfügung. Diese befinden sich in Koblenz, Ulm, Berlin, Hamburg und Westerstede. (vgl. ebd.) Wie in zivilen Einrichtungen wird auch hier „in Zusammenarbeit mit den Patienten und unter Einbeziehung der Angehörigen [...] ein individuelles Therapieangebot [mit dem Ziel, den Betroffenen von seinen Symptomen zu befreien] zur ambulanten oder stationären Behandlung erstellt.

(vgl. ebd.) Hierbei wird die stationäre Behandlung in den bundeswehreigenen Krankenhäusern durchgeführt. „Ambulante Behandlungen erfolgen über Sanitätszentren oder zivile Ärzte.“ (BW.de) Angesichts steigender Fallzahlen und dem Wunsch nach einer möglichst heimatnahen Versorgung, werden immer mehr zivile Einrichtungen einbezogen. (vgl. BW.de) Die Behandlungsdauer ist, wie in der Therapie von zivilen PTBS-Patienten sehr unterschiedlich. Sie richtet sich nach der Art der Traumatisierung sowie dem Ausmaß psychischer Vorbelastungen. Eine deutliche Besserung der Symptome tritt im Durchschnitt nach drei bis sechs Behandlungswochen ein. (vgl. Drucksache 17/4486 2011) Im Allgemeinen beträgt die stationäre Behandlungszeit durchschnittlich acht bis zwölf Wochen. (vgl. Drucksache 16/2587 2006)

Zur optimalen Behandlung „ist in Berlin nach dem Aufbau eines Kompetenz- und Forschungszentrums (Mai 2009) durch die Fusion mit der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Bundeswehrkrankenhauses Berlin ein Traumazentrum entstanden, das Forschung und Behandlung vereint.“ (BW.de)

e. Ansprüche und Gesetzliche Regelungen

Zur „staatlichen Aufgabe gehört es [...], sich um Menschen, die im Einsatz Schädigungen - auch in Form von psychischen Beeinträchtigungen - erlitten haben, angemessen zu kümmern.“ Dies ist im §31 Soldatengesetz (SG) verankert. (vgl. Tegtmeier 2011, S. 21)



Der Bund hat im Rahmen des Dienst- und Treueverhältnisses für das Wohl des Berufssoldaten und des Soldaten auf Zeit sowie ihrer Familien, auch für die Zeit nach Beendigung des Dienstverhältnisses zu sorgen.[...] die Fürsorge für die Familie des Soldaten während des Wehrdienstes und seine Eingliederung in das Berufsleben nach dem Ausscheiden aus dem Wehrdienst werden gesetzlich geregelt.

Die gesetzlichen Regelungen und Ansprüche einsatzbedingt geschädigter Soldaten finden sich im Wesentlichen im Soldatengesetz (SG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Einsatz-Weiterverwendungs-Gesetz (EinsatzWVG) und in der Versorgungsmedizin-Verordnung. Zusätzlich zu diesen gesetzlichen Grundlagen gibt es eine Reihe von Vorschriften und Weisungen zur Fürsorge, medizinischen Versorgung, Prävention. Hier sind u.a. das Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten, die Weisung auf Präventivkuren und die Weisung auf Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Militärseelsorge, zu nennen. (vgl. BeauftrPTBS 2011, S. 4f.)

Für physisch und/oder psychisch erkrankte Soldaten gibt es u. a. folgende Ansprüche:

- „Unentgeltliche truppenärztliche Versorgung in vollem Umfang zur Behandlung und soweit möglich Heilung der Schädigung bzw. Erkrankung
- Ansprüche nach dem Einsatz-Weiterverwendungsgesetz
- Versorgungsansprüche aufgrund einer Wehrdienstbeschädigung
- Ansprüche auf finanzielle Entschädigung“ (Bundesministerium der Verteidigung 2012 b)

i. Einsatz-Weiterverwendungs-Gesetz (EinsatzWVG)

Im EinsatzWVG finden alle Einsatzgeschädigten, also alle Bw-Angehörige die „eine nicht nur geringfügige gesundheitliche Schädigung“, während eines Einsatzes im In- oder Ausland, erlitten haben. Sie haben laut Gesetz folgende Ansprüche:

- Eine "Schutzzeit" zur medizinischen Behandlung
- Das Verbleiben im Dienstverhältnis mit allen Ansprüchen
- Soldaten auf Zeit, „deren Dienstzeit während der Schutzzeit endet, treten in ein sog. Wehrdienstverhältnis besonderer Art ein

- Die Möglichkeit der Wiedereinstellung bei nachträglicher Anerkennung der Einsatzschädigung
- Ggf. Anspruch auf unbefristete Weiterverwendung bei Bestehen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung (mind. 30 Grad) nach Beendigung der Schutzzeit (vgl. Bundesministerium der Verteidigung 2012 b)

ii. Wehrdienstbeschädigung (WDB)

Wehrdienstbeschädigungen sind, nach dem Soldatenversorgungsgesetz, gesundheitliche Schädigungen, welche durch einen Einsatz, im In- oder Ausland, bedingt sind (§81 SVG).



WDB ist eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist.

Ziel ist die Feststellung, ob ein Soldat eine WDB erlitten und somit Ausgleichs- und Versorgungsansprüche hat. Liegt eine WDB vor bestehen neben dem EinsatzWVG, nach Antragstellung, weitere Ansprüche:

- Ab 30 Grad einer Schädigung wird dem Soldaten ein „monatlicher finanzieller [steuerfreier] Ausgleich (ähnlich einer Rente)“ zuzüglich zur normalen Besoldung gewährt. Die Höhe richtet sich hier nach Grad der Schädigung.
- Nach Beendigung der Dienstzeit besteht in der Regel ein „Anspruch auf Rentenleistungen und ggf. Anspruch auf Berufsschadensausgleich, um Einkommensverluste aufgrund der gesundheitlichen Schädigung auszugleichen“ (vgl. Bundesministerium der Verteidigung 2012 b)
- Anspruch auf Geldleistungen der Wohnungshilfe um ggf. behindertengerechten Wohnraum zu beschaffen oder herzustellen (vgl. Bundesministerium der Verteidigung 2012 a)

iii. Kritik

Oftmals kommt es gerade bei der WDB zu erheblichen Problemen. „Im Rahmen des WDB-Verfahrens ist es zwingend notwendig, dass der von“ dem Soldaten als Grund angegebener „schädigende Sachverhalt eindeutig nachgewiesen ist. Oftmals gestaltet sich der Nachweis eines oder mehrerer traumatisierender Ereignisse als schwierig.“ (BW.de) Forderungen von Soldaten werden nicht anerkannt, sie müssen trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung unzählige Hürden überqueren, Anträge ausfüllen und sich mehreren Gutachtern stellen, um zu ihrem Recht zu kommen. Problematisch ist hier vor allem, dass der Beschädigte „bis zum Abschluss des Verfahrens keinerlei Versorgungsleistungen erhalten und beim Ausscheiden aus dem Dienst in finanzielle Not geraten können“. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für WDB-Verfahren im Zusammenhang mit psychischen Einsatzschädigungen liegt bei ca. 15 bis 18 Monaten. (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 42)

Derzeit prüft das Bundesministerium der Verteidigung wie in Zukunft WDB-Verfahren für Soldaten „transparenter und straffer gestaltet werden“ und lange Bearbeitungszeiten verkürzt werden können. (vgl. BW.de)

Soldaten mit einer dienst- bzw. einsatzbedingten Schädigung sollten nicht um ihre Rechte betteln müssen. Es ist kaum zumutbar, dass der erkrankte Soldat gegenüber seinem Dienstherrn nachweisen muss, dass sein Gesundheitszustand bzw. die Verschlechterung seiner Gesundheit in ursächlichem Zusammenhang mit einer im Dienst erlittenen Verwundung steht.

Desweiteren sollten keine Gutachter eingesetzt werden, denen Erfahrungen mit dem Militärgeschehen und den Auslandseinsätzen fehlen, um Falsch- bzw. Runterstufungen von Schädigungsgraden zu vermeiden. Hierzu ist es nötig, das zuständige Personal aufzustocken, also mehr interne Psychologen und Psychotherapeuten anzustellen um den steigenden Fallzahlen gerecht zu werden. (vgl. BeauftrPTBS 2011, S. 8)

f. Hilfsangebote der Bundeswehr

i. Rolle des Sozialdienst

Innerhalb der Bundeswehr spielt auch der Sozialarbeiter eine wichtige Rolle. Im Sozialdienst der Bundeswehr werden, flächendeckend im gesamten Bundesgebiet, Sozialberatung und Sozialarbeit angeboten. Die Sozialberatung, welche „von Beamten des gehobenen nichttechnischen Verwaltungsdienstes der Bundeswehr durchgeführt“ wird, steht vor allem bei Versicherungsfragen, sowie bei Fragen zur „Versorgung infolge einer Dienstunfähigkeit“ zur Verfügung. Ausgebildete Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialpädagogen beraten und betreuen im Bereich Sozialarbeit, Soldaten und deren Angehörige in allen sozialen Angelegenheiten. Unter anderem bei dienstlichen Problemen, bei „persönlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten“ und bei „der Vor- und Nachbereitung sowie der Begleitung besonderer Auslandseinsätze der Bundeswehr“. (vgl. BW-SD.de)



Quelle: BW-SD.de

Im Allgemeinen bietet der Sozialdienst „vertrauliche Einzelgespräche, Familien- und Gruppengespräche“, sowie Hausbesuche an. „Darüber hinaus halten [die Mitarbeiter] Vorträge im Rahmen von Unterrichten (beispielsweise Rekrutenunterricht, Einsatzvorbereitung) und Veranstaltungen, arbeiten [...] mit Dienststellen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Bundeswehr sowie mit Einrichtungen und Netzwerken zusammen.“ Die Mitarbeiter des Sozialdienstes werden aktiv bei „Kontaktaufnahme durch Bundeswehrangehörige und deren Familien, Anregungen der personalbearbeitenden Dienststellen, von Vorgesetzten, Ärzten und Psychologen der Bundeswehr, Militärgeistlichen, Personalvertretungen, Vertrauenspersonen der Soldaten und der schwerbehinderten Menschen [und bei] Amtshilfeersuchen anderer Träger sozialer Hilfen. (vgl. BW-SD.de)

Um einen besseren Einblick in die Arbeit eines Sozialarbeiters bei der Bundeswehr zu erhalten, sowie seine Aufgaben im Umgang mit traumatisierten Soldaten zu klären, hat mir Frau Jensen (Dipl. Soz.-Päd.), angestellt im Bundeswehrkrankenhaus Berlin Psychotraumazentrum/Sektion Forschung, für meine Arbeit einen Fragekatalog beantwortet. Die Beantwortung der Fragen bezieht sich speziell auf ihren Aufgabenbereich und sind nicht auf alle anderen Sozialarbeiter der Bundeswehr übertragbar.

Zu ihren täglichen Aufgaben als Sozialarbeiter bei der Bundeswehr zählt Frau Jensen u. a. die Vertretung des Sozialdienstes der Bundeswehr, sowie dessen Interessen intern und in der Öffentlichkeit. Sie plant, koordiniert und begleitet Kommunikationstrainings für Paare vor und nach Auslandseinsätzen und steht Soldaten und deren Angehörigen bei Fragen, Sorgen und Problemen, in Einzelgesprächen zur Seite. Desweiteren erstellt und hält Frau Jensen verschiedene Vorträge u. a. zu den Themenschwerpunkten Auslandseinsatz und Partnerschaft/Familie. Diese Vorträge werden vor Soldaten, aber auch bei Familienbetreuungsveranstaltungen gehalten. Auch das Mitwirken bei der Erstellung von Broschüren und Flyern zu den relevanten Themen und die Teilnahme an bundeswehrinternen und internationalen militärspezifischen Kongressen zählen zu ihren Aufgaben.

Zu ihrer Arbeit zum Thema PTBS und anderer einsatzbedingter psychischen Erkrankungen zählt Frau Jensen die Mitarbeit an der Erarbeitung von Konzepten und Leitlinien für Prävention und Kompensation militärspezifischer psychischer Einsatzbelastungen im sozialen Bereich, sowie die Konzeption, Planung, Durchführung und Evaluation von Seminaren für psychisch einsatzgeschädigte Soldaten und deren Angehörige. Desweiteren ist sie Mitarbeiterin in den Arbeitsgemeinschaften "PTBS" und "Psycho-soziale Unterstützung", sowie im Netzwerk des Standortes Berlin und im Netzwerk "Ost". Hier ist eine der wichtigsten Aufgaben die enge Zusammenarbeit mit den internen und externen Netzwerkpartnern.

ii. Rolle des Militärseelsorgers

Die katholische und die evangelische Kirche leisten durch die vertraglich vereinbarte Militärseelsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur seelsorglichen Betreuung von Soldaten und deren Familien. Auch Soldaten anderen Glaubens wird die Inanspruchnahme dieses Rechts individuell ermöglicht. (vgl. BW.de)

Da die Seelsorger außerhalb der militärischen Hierarchie stehen und keinem Befehlssystem unterliegen, fand ihr breit gefächertes Angebot, in den letzten Jahren, regen Zuspruch. Auch im Auslandseinsatz wenden sich immer mehr Soldaten, „mit Problemen und Nöten an die Seelsorger vor Ort“. Hierbei spielt es keinerlei Rolle, ob die Soldaten engen Kirchenkontakt „pflegen oder konfessionslos sind“. (vgl. Drucksache 17/12050 2013, S. 47)

„Die Militärseelsorge ist auch in das Psychosoziale Netzwerk [(PSN)] der Bundeswehr eingebunden, indem interdisziplinäre Hilfestellungen für [...] Soldaten sowie deren Angehörige in schwierigen Lebenslagen geleistet werden.“ (Drucksache 17/12050 2013, S. 47) Die Militärseelsorge kann also auch für Soldaten mit einer PTBS oder deren Angehörigen als "Ersthelfer" fungieren, erste Gespräche führen und Kontakte vermitteln.

iii. Weitere Hilfen

2004 hat die Bundeswehr das sogenannte Psychosoziale Netzwerk gegründet. Hier haben Angehörige der Bundeswehr die Möglichkeit, bei verschiedenen Instanzen unter anderem Truppenärzten, -psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern, jeder Zeit und bei Wunsch anonym, Hilfe zu erhalten. (vgl. BW.de) Eine weitere Möglichkeit für eine erste Beratung, von PTBS-Betroffenen und deren Angehörigen, ist die Nutzung der kostenlosen und anonymen 24h-Telefon-Hotline (Tel.Nr. 0800 - 588 7957). Diese wurde im Mai 2009 ins Leben gerufen. Seit dem wird sie im Durchschnitt täglich „von ein bis zwei Anrufern in Anspruch genommen“. Ebenso ist die Kontaktaufnahme über ein Online-Formular auf der Homepage der Bundeswehr möglich. (vgl. BW.de)

Desweiteren gibt es bei der Bundeswehr November 2010 einen Beauftragten für PTBS. Derzeit hat Brigadegeneral Klaus von Heimendahl dieses Amt inne. Zu seinen Aufgaben zählen u. a. die Prüfung von Verfahren und deren Vereinfachung und Beschleunigung, sowie die Beratung der Leitung des Verteidigungsministeriums „in grundlegenden Fragen zu einsatzbedingten psychischen Erkrankungen und PTBS“. Aber auch für Betroffene und deren Angehörige dient er als Ansprechpartner und kann per E-Mail kontaktiert werden. (vgl. BW.de)

Im Allgemeinen spielen die "medialen Hilfen" eine immer größere Rolle. Sie dienen den Soldaten, aber auch der Öffentlichkeit zur Informationssuche. Zum Austausch zwischen Betroffenen, aber auch mit Angehörigen dienen Blogs, Internetforen und Soziale Netzwerke. Spielfilme und Reportagen über PTBS-Erkrankungen bei Soldaten nach Auslandseinsätzen, aber auch autobiografische Einsatzliteratur von Soldaten, Erfahrungsberichte von einsatzbegleitenden Journalisten und fiktive Einsatzromane erreichen eine breite Öffentlichkeit und einer große Popularität. Sie dienen zur Aufklärung über die Krankheit, aber auch über das Leid, die Zustände und Konflikte denen die Soldaten ausgesetzt sind und erzielen so ein Umdenken innerhalb der zivilen Bevölkerung.

Fragenkatalog zum Thema

„Posttraumatische Belastungsstörung nach Auslandseinsatz der Bundeswehr“

Sehr geehrte Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen,

ich heiße Jessica Wings und studiere im 6. Semester Soziale Arbeit an der HS Mittweida/Roßwein. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Soldaten und Soldatinnen infolge von Auslandseinsätzen.

In einem Kapitel meiner Arbeit möchte ich auf den Beruf des Sozialarbeiters und dessen Aufgaben, im Umgang mit Klienten mit einer solchen Diagnose, eingehen. Aus diesem Grund habe ich einige Fragen zum Thema zusammen getragen.

Ziel der Befragung ist es, herauszufinden welche Aufgaben und welchen Stellenwert ein Sozialarbeiter im Bezug auf Prävention, Behandlung, Aufarbeitung etc. einer Posttraumatischen Belastungsstörung hat.

Die Ergebnisse der Befragung werden im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit ausgewertet und fließen in diese mit ein. Alle Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Ich freue mich über Ihre Beteiligung und bedanke mich für Ihre Mitarbeit.

- **Angaben zur Person**

Geschlecht weiblich

Alter 44 Jahre alt

- **Welche Ausbildung bzw. welchen Studiengang haben Sie abgeschlossen?**

Diplom-Sozialpädagogin (FH)

- **War Ihr Studium ein Internes der Bundeswehr oder ein Externes an einer staatlichen oder privaten Hochschule/Fachhochschule/Universität?**

Intern ☐

Extern ☒

Falls Ihre Ausbildung extern war, haben Sie für die Arbeit bei der Bundeswehr eine zusätzliche Aus- bzw. Weiterbildung absolviert?

Ja ☒ → welche? Kontinuierliche Fortbildungen innerhalb und außerhalb der Bundeswehr (Peer, Mediation, SPSS, Case Management etc.)

Nein ☐

- **Welche Aufgaben erfüllen Sie als Sozialarbeiter bei der Bundeswehr in Ihrem täglichen Arbeitsleben?**

- Sozialarbeiterische Beiträge zu fachlichen Konzepten und Leitlinien für Prävention und Kompensation militärspezifischer psychischer Einsatzbelastungen
- Vertretung des Sozialdienstes der Bundeswehr sowie der Interessen des SozDBw in allen Belangen der interdisziplinären Forschung in der Sektion
- Konzeption, Planung, Durchführung und Evaluation von Seminaren für psychisch ein-satzgeschädigte SoldatInnen und deren PartnerInnen
- Planung, Koordination, Durchführung und Evaluation von Kommunikationstraining für Paare vor und nach einem Auslandseinsatz der Bundeswehr
- Erstellung und Durchführung von Vorträgen zum Thema Auslandseinsatz und Partnerschaft/Familie vor Truppenteilen und bei Familienbetreuungsveranstaltungen
- Erstellung und Durchführung von Unterrichten für das Personal der Familienbe-treuungsorganisation der Bundeswehr am Bildungszentrum der Bundeswehr

- Mitwirkung bei der Erstellung von Broschüren und Flyern zu dem Thema Einsatzschädigung
- Soziale Beratung in Einzelgesprächen / Telefonhotline
- Mitarbeit in den ministeriellen Arbeitsgemeinschaften „PTBS“ und „Psychosoziale Unterstützung“
- Mitarbeit im psychosozialen Netzwerk des Standortes Berlin und im Netzwerk „Ost“
- Enge Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern der Bundeswehr (Militärseelsorge, Psychologie, Sanitätsdienst etc.) und mit externen Netzwerkpartnern
- Kooperation mit Universitäten im Forschungsverbund
- Teilnahme an bundeswehrinternen und internationalen militärspezifischen Kongressen

- **Welche Aufgaben erfüllen Sie als Sozialarbeiter im Zusammenhang mit PTBS?**
Prävention?

Vorträge, Kommunikationstraining

In diesem Zusammenhang:

Kann man Ihrer Meinung nach einer PTBS überhaupt wirksam vorbeugen?

Ja ☐

Nein ☒ (Es gibt bis heute noch keine wissenschaftlich belegbaren Befunde, die dafür sprechen, dass Interventionen nachweislich wirksam sind. Wobei es Anzeichen dafür gibt, dass bestimmte Interventionen, welche nach einem belastenden Ereignis durchgeführt werden, wirksam sind.)

Arbeit während des Einsatzes?

s. o.

In diesem Zusammenhang:

Gibt es Sozialarbeiter vor Ort?

Ja ☐ → Waren Sie selbst schon als Sozialarbeiter vor Ort?

Ja ☐

Nein ☒

Nein ☒

Nachbereitung?

Aufgabe des Sozialdienstes an den BwDLZén

- **Welche Aufgaben erfüllen Sie als Sozialarbeiter im Zusammenhang mit Klienten bei denen bereits eine PTBS diagnostiziert wurde?**

- Direkte Arbeit mit den Soldaten sind Aufgaben des Sozialdienstes vor Ort und in den Bundeswehrkrankenhäusern

- s.o. Seminare für psychische Einsatzgeschädigte SoldatInnen und deren PartnerInnen

- **Leisten Sie auch Angehörigenarbeit bei einer PTBS-Diagnose?**

Ja ☒ → welche? s. o.

Nein ☐

- **Mit wem arbeiten Sie bei einer PTBS-Diagnose eng zusammen?**

Klinischen Psychologen, Fachärzten, Truppenärzten, Sozialarbeitern, Militär-seelsorgern, Fachkrankenpflegern, militärisches Personal,

- **Weitere Informationen die Sie mir zu Ihrer Arbeit geben können**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur

Beauftragter PTBS (2011): Erster Bericht des Beauftragten des BMVg für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte, Berlin 18. Okt. 2011

Biesold, Karl-Heinz (2009): Einsatzbedingte Psychische Störungen; S. 42-46
In: BPB (Hrsg.) (2009): Bundeswehr. Aus Politik und Zeitgeschichte; 48/2009 (23. Nov. 2009); Frankfurt am Main: Frankfurter Societäts-Druckerei

Böhm, Laszlo (2011): Einsatzbedingter Stress und seine Folgen für Soldaten: Diagnostische, sozialpsychologische, psychoanalytische und individualpsychologische Betrachtung sowie literarische Illustration von Stress-Schäden.; Hamburg: Diplomica Verlag

Bundesministerium der Verteidigung (2012) a: Wichtige Hinweise zur finanziellen und sozialen Absicherung bei besonderen Auslandsverwendungen. Infobroschüre; 5. Auflage; Köln/Bonn: Zentraldruckerei

Bundesministerium der Verteidigung (2012) b: Informationen zu Einsatzschädigungen (Flyer); (Hrsg.): Beauftragter des BMVg für einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und Einsatztraumatisierte

Die Bundeswehr (2010): Leserbrief: Die Seele ist nicht auf alles vorzubereiten, S. 10-11; Magazin des Deutschen Bundeswehrverbandes; 11/2010

Drucksache 16/2587 (2006): Posttraumatische Belastungsstörungen von Soldatinnen und Soldaten; Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode

Drucksache 17/4486 (2011): Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Angehörigen der Bundeswehr; Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode

Drucksache 17/12050 (2013): Jahresbericht 2012 (54. Bericht); Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode

DSM-V (2013): PTSD Fact Sheet.pdf.; American Psychiatric Association (Hrsg.)
<http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>

Gießmann, H./Wagner, A. (2009): Auslandseinsätze der Bundeswehr; S. 3-9
In: BPB (Hrsg.) (2009): Bundeswehr. Aus Politik und Zeitgeschichte; 48/2009 (23. Nov. 2009); Frankfurt am Main: Frankfurter Societäts-Druckerei

Ehring, Th./Ehlers, A. (2012): Ratgeber Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung: Informationen für Betroffene und Angehörige; Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie; Band 25; Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag

Ehlers, Anke (1999): Posttraumatische Belastungsstörung; Fortschritte der Psychotherapie; Band 8; Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag

Frommberger, Ulrich (2000): Posttraumatische Belastungsstörungen; S. 11-28
In: Hartwich, P./Haas, S./Maurer, K./Pflug, B./Schlegel, S. (Hrsg.) (2000): Posttraumatische Erkrankungen: Konvergent psychischer und somatischer Veränderungen; Sternfels: Wissenschaft und Praxis

Haas, Steffen (2000): Welche psychopharmakologischen Behandlungsansätze gibt es für posttraumatische Erkrankungen?; S. 49-70
In: Hartwich, P./Haas, S./Maurer, K./Pflug, B./Schlegel, S. (Hrsg.) (2000): Posttraumatische Erkrankungen: Konvergent psychischer und somatischer Veränderungen; Sternfels: Wissenschaft und Praxis

Herbert, C./Wetmore, A. (2005): Wenn Albträume wahr werden: Traumatische Ereignisse verarbeiten und überwinden; Aus dem Englischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht (2006). Bern: Huber Verlag

Morgan, Sabine (2007): Wenn das Unfassbare geschieht – vom Umgang mit seelischen Traumatisierungen: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld; 2. aktualisierte Auflage; Stuttgart: Kohlhammer

Teegen, Frauke (2003): Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz-Prävention-Behandlung; Bern: Huber Verlag

Tegtmeier, C./Tegtmeier M. (2011): PTBS - Das unsichtbare Leid: Posttraumatische Belastungsstörung: Handbuch für Einsatzkräfte und deren Angehörige; Regensburg: Walhalla Fachverlag

Timmermann-Levanas, Andreas (2010): Die reden – Wir sterben. Wie unsere Soldaten zu Opfern der deutschen Politik werden; Frankfurt am Main: Campus Verlag

Wittchen, H.-U./Schönfeld, S. (2011): 2. Zusammenfassung zum Forschungsvorhaben „Traumatische Ereignisse, PTBS und andere psychische Störungen bei Soldaten mit und ohne Auslandseinsatz“; Pressemappe

Wittchen, H.-U./Trautmann, S. (2013): Dunkelziffer für psychische Störungen bei Soldaten nach Bundeswehreinsätzen im Ausland liegt bei fast 50 Prozent: TUD präsentiert Ergebnisse der "Dunkelzifferstudie 2013"; Presseinformation

Rechtsquellen

Einsatz-Weiterverwendungsgesetz (EinsatzWVG) - Gesetz zur Regelung der Weiterverwendung nach Einsatzunfällen: Ausfertigungsdatum: 12.12.2007; in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2012 (BGBl. I S. 2070)

Soldatengesetz (SG) - Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten: Ausfertigungsdatum: 19.03.1956; in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Mai 2005 (BGBl. I S. 1482), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3386) geändert worden ist

Soldatenversorgungsgesetz (SVG) - Gesetz über die Versorgung für die ehemaligen Soldaten der Bundeswehr und ihre Hinterbliebenen: Ausfertigungsdatum: 26.07.1957; in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3386) geändert worden ist

Internet

Apotheken-Umschau.de:

<http://www.apotheken-umschau.de/posttraumatische-belastungsstoerung>

Stand 20.01.2012; Letzter Zugriff: 26.12.2013

ICD-10: PTBS F.43.1;

<http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=Sf43.1>

ICD-10-GM-2013 Code Suche, Stand: 2013; Letzter Zugriff: 28.11.2013

BW.de:

<http://www.bundeswehr.de>

Stand: 29.11.2013; Letzter Zugriff: 02.12.2013

BW-SD.de:

http://www.terrww.bundeswehr.de/portal/a/terrww/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MS_SzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9ktSiovIyvcTStPTEpNQ8veL8qszEnJTM1LziEv2CbEdFANJrs9s!/ Stand: 29.11.2013; Letzter Zugriff: 02.12.2013

BW-SaD.de:

http://www.sanitaetsdienstbundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/!ut/p/c4/NYrBCsJAAX_aLMVwerNdi9eRdB6S9tQAm22pFkF8ePdPfgG5jIPnpARfPGExlFwhgd0A5_6t_tsKC5RT5pkg3s5juSGKGTFRmKcPSlaVLdGtbmUpJqL4xE6X4XG1_6_6nsMt7bd14dduDRXWJfl_AN3Dmga/

Stand: 29.11.2013; Letzter Zugriff: 02.12.2013

Reportagen zum Thema

Albtraum Auslandseinsatz - Posttraumatische Belastungsstörung

Film von: Harriet Kloss und Markus Thöß; © 2007 pinguinfernsehhilfen (DVD)

Soldatenfamilien - Wenn der Krieg nach Hause kommt

Film von: Konstanze Burkard; WDR „Menschen hautnah“

<http://www.youtube.com/watch?v=IRAdY7fjs70>

Letzter Zugriff: 27.12.2013

Verletzte Soldaten - Bundeswehr verweigert angemessene Entschädigung

Das Erste „Panorama“

<http://www.youtube.com/watch?v=Xk1HSOclx5I>

Letzter Zugriff: 27.12.2013

Vom Vaterland vergessen - Kranke Soldaten nach Kriegseinsatz

Film von: Ida Krenzlin, Jana Thiele und Jeanne Wallrath; ZDF „frontal21“

<http://www.youtube.com/watch?v=ZpyMdRktsbl>

Letzter Zugriff: 27.12.2013

Links zu Hilfeforen

Angriff auf die Seele:

<http://www.angriff-auf-die-seele.de/ptbs/>

Eisblume:

<http://ptbs-eisblume.de/>

PTBS-Hilfe:

<http://www.ptbs-hilfe.de/startseite.html>

Veteranenhilfe:

<http://veteranenhilfe.de/>

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Nutzung der im Quellenverzeichnis angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe und alle Formulierungen, die wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Quellen entnommen wurden, kenntlich gemacht habe.

Schmalkalden, 07.01.2014

Unterschrift _____